**在宅人工呼吸器使用者災害時個別支援計画定期見直しチェック表**

**対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　見直し日　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **チェック項目** | 変更なし | 変更あり | **具体的な内容** |
| **1．作成時からの変更事項** |  |  |  |
| ・療養者や支援機関の連絡先 | □ | □ |  |
| ・救援センター、把握集約機関等 | □ | □ |  |
| ・安否確認者 | □ | □ |  |
| ・医療状況（機種・設定、服薬等） | □ | □ |  |
| ・他 | □ | □ |  |
| **２．物品** |  |  |  |
| ・不足の有無や消費期限 | □ | □ |  |
| ・新たに必要な物品 | □ | □ |  |
| **３．訓練などの実施状況** |  |  |  |
| ・停電時シミュレーション | □ | □ |  |
| ・外部バッテリーのつなぎ方 | □ | □ |  |
| ・足踏み式吸引器 | □ | □ |  |
| ・アンビューバックの使用 | □ | □ |  |
| ・発電機やシガーライターの使用 | □ | □ |  |
| ・ラジオや懐中電灯の使用 | □ | □ |  |
| ・災害用伝言ダイヤル・災害用伝言板の練習 | □ | □ |  |
| ・移動の練習 | □ | □ |  |
| ・他 | □ | □ |  |
| ４．個別支援計画の課題とその対応策 | | | |
| 前回からの課題：  対応状況　　　：  新たな課題　　：  対策　　　　　： | | | |
| ５．療養者や家族の心配・不安など | | | |
|  | | | |

見直し者

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

東京都神経難病医療ネットワーク事業　東京都医学総合研究所　難病ケア看護研究室平成26年3月